



Medicina Paliativa

www.elsevier.es/medicinapaliativa



CARTAS AL DIRECTOR

Cuidados paliativos en las urgencias extra-hospitalarias: una urgencia formativa



Palliative care in outpatient emergencies: An educational urgency

Sr. Director:

A propósito del artículo publicado en su revista, referente a la enseñanza de medicina paliativa¹, y más recientemente Martín-Sánchez y González-Armengol respecto al ámbito de las urgencias², hemos constatado el vacío formativo sobre estos contenidos en diferentes áreas de atención

sanitaria. Despertando nuestro interés la formación en urgencias extra-hospitalarias, al ser un entorno en el que frecuentemente son atendidos nuestros pacientes, y en situaciones de especial precariedad y necesidad. Por ello nos ha parecido relevante revisar la bibliografía relacionada, y estudiar las necesidades formativas en la atención al final de la vida percibidas por los profesionales que cubren esta área asistencial (técnicos en emergencias sanitarias [TES]).

Es conocida la influencia positiva que ejerce la formación en cuidados paliativos sobre la actitud del profesional sanitario para enfrentarse al paciente terminal³, al mejorar su grado de afrontamiento de la muerte⁴. Así como la influencia negativa de determinadas concepciones de la muerte sobre la actitud con la que se enfrentan al paciente

Tabla 1 Perfil socio-demográfico de técnicos de emergencias sanitarias

Sexo	83,5%	Varón
	16,5%	Mujer
Edad	33,1%	Menor de 30 años
	58,7%	Entre 30-50 años
	8,3%	Mayores de 50 años
Comunidad autónoma	34,9%	Navarra
	17,4%	Madrid
	14,7%	Canarias
	< 7% cada una	Otras
Titulación	74%	Estudiante/titulado ciclo formativo de grado medio (CFGM) de TES.
	12%	Certificado cualificación profesional de TES/habilitación
Clase de ambulancia	11%	Clase A1 (convencional)
	11%	Clase A2 (transporte colectivo)
	70,6%	Clase B (soporte vital básico [SVB])
	34,9%	Clase C (soporte vital avanzado [SVA])
Tipo de dedicación	33%	Voluntario
	67%	Profesional
Años de experiencia	20,2%	Menos de 5 años
	28,4%	Entre 5-10 años
	51,4%	Más de 10 años
Motivación	61,5%	Hacer algo por los demás
	18,3%	Para ganarse la vida
	12,8%	Complemento a mi cualificación
Grado de satisfacción (0-10)	Media = 6,84	
	DE = 2,98	
Estado civil	65,2%	Con pareja (con pareja, casado/a)
	26,6%	Sin pareja (sin pareja, viudo/a, separado/a, divorciado/a)

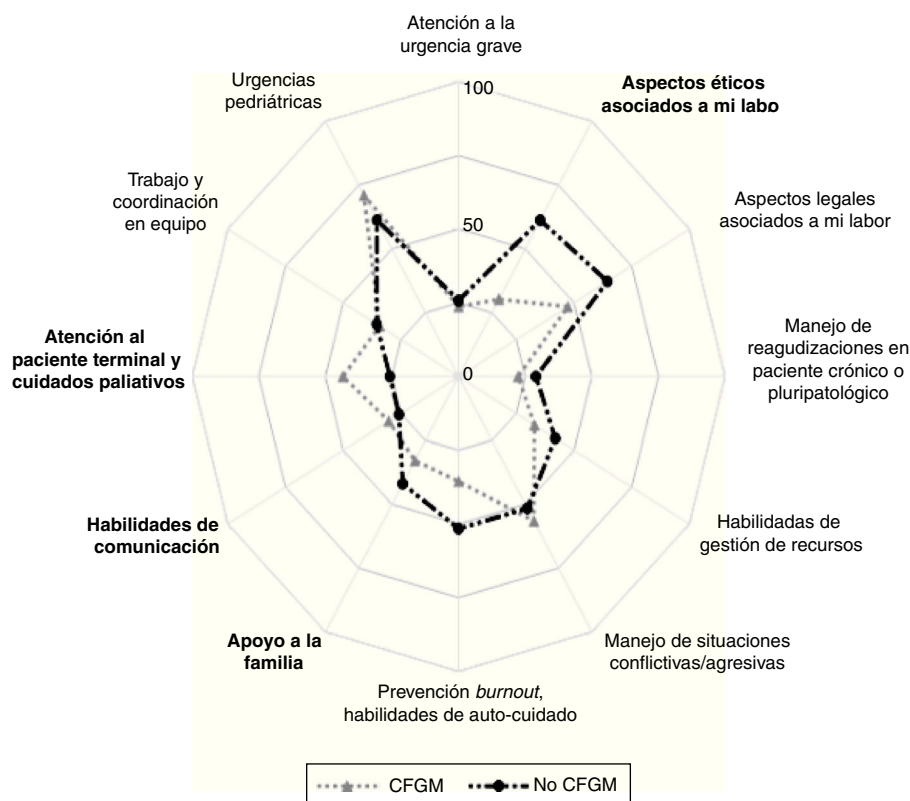


Figura 1 Necesidades autopercibidas.

sin posibilidades terapéuticas, y la calidad de la atención prestada³. Los mismos profesionales son quienes ratifican la deficiencia de su formación al respecto⁵. Hay autores que afirman que esto mejoraría la calidad asistencial⁶ y la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, reforzando así la continuidad de cuidados⁷.

La falta de formación aparece como barrera para la adecuada atención al final de la vida⁸. Aquellos que sí han recibido una cualificación básica, reconocen que es aplicable a todo paciente y profesional sanitario, independientemente de su especialidad^{9,10}, porque permite adquirir una visión global del proceso^{9,10}, aumentando su competencia auto-percibida y eficacia en el desempeño de su labor⁴. Esta diversidad de población que presentan los estudios, y la similitud de los resultados, permite pensar abrir sus conclusiones a otro tipo de profesionales como los TES.

Comprobada la necesidad de conocimientos en esta materia, realizamos una breve encuesta *on-line*, a nivel nacional, distribuida por las redes sociales en grupos específicos de TES y asociaciones profesionales, para constatar si refrendaban nuestra intuición. Respondieron 110 personas, y se consideraron aptos 109 cuestionarios con datos socio-demográficos y su opinión sobre las carencias formativas de su colectivo profesional. Los resultados reflejan (tabla 1) un personal veterano (mayoría 30-50 años) y experimentado (más de 10 años de mediana), predominantemente en el ámbito del soporte vital básico (que son los que más autonomía presentan) y, mayoritariamente, estudiantes o titulados técnicos de grado medio. De esta población, entre 12 opciones formativas planteadas como posibles carencia, el 71% eligió contenidos directamente relacionados

con los cuidados paliativos (*habilidades de comunicación, atención y apoyo a la familia, o aspectos éticos como limitación del esfuerzo terapéutico o sedación paliativa*), con un 40% que demandaban específicamente el contenido denominado «Atención al paciente terminal y cuidados paliativos» (fig. 1). Respecto a la motivación para desempeñar su labor, la mayoría señaló el deseo de ayudar a los demás; y se asoció con menor necesidad de formación en habilidades de comunicación (Chi-cuadrado = 4,6; $p = 0,032$). Necesidad demandada por el 33% de los profesionales, frente a solo un 14% de los voluntarios (Chi-cuadrado = 4,46; $p = 0,035$). No se observaron diferencias significativas en torno a la edad, años de experiencia, grado de satisfacción por la labor desempeñada o el estado civil.

En conclusión, creemos que cuidados paliativos es una formación necesaria dentro del ámbito de la urgencia extrahospitalaria. Así lo demuestra la bibliografía, lo demandan los propios trabajadores, y lo agradecerían nuestros pacientes y familias en el final de la vida. Para avanzar en este sentido, ofrecer contenidos de cuidados paliativos apropiados al nivel competencial de TES mediante formación continuada, creemos pueda tener buena acogida entre estos profesionales, dado el interés demostrado, mientras se trabaja para incluirlo en los contenidos mínimos de su currículo.

Bibliografía

1. Vaquero JA, Centeno C. Panorama actual de la enseñanza de medicina paliativa en la universidad española. *Med Paliat.* 2014;21:3-8.

2. Martín-Sánchez F, González-Armengol JJ. La atención en los servicios de urgencias al paciente terminal, ¿una circunstancia de fracaso o una oportunidad. *Med Paliat*. 2015;22:117-8.
 3. Iranmanesh S, Razban F, Tirgari B, Zahra G. Nurses' knowledge about palliative care in Southeast Iran. *Palliat Support Care Internet*. 2014;12:203-10.
 4. Schmidt-RioValle J, Montoya-Juárez R, Campos-Calderon CP, García-Caro MP, Prados-Peña D, Cruz-Quintana F. Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Med Paliat*. 2012;19:113-20.
 5. De Oliveira Furtado AM, Silvia de Souza SR de O, da Silva Ramos J, A Ferreira M de C.A. El enfermero frente al paciente sin posibilidad terapéutica: dignidad y calidad en el proceso de la muerte. *Enferm Glob Internet*. 2011;10:1-8.
 6. Saldaña M, Vegas F, Cebollero N. Asistencia domiciliaria de urgencia a enfermos paliativos por unidades de extra-hospitalaria: factores asociados a la resolución de la consulta en el domicilio. *Emergencias*. 2010;22:441-4.
 7. Campaña Castillo F, Candalija Madueño M, Puig Sal L, Segura Munera M. La satisfacción del paciente oncológico avanzado hospitalizado en centros con y sin servicio de paliativos: estudio multicéntrico. *NURE Investig*. 2013;10:1-16.
 8. Shipman C, Gysles M, White P, Worth A, Murray SA, Barclay S, et al. Improving generalist end-of-life care: National consultation with practitioners, commissioners, academics and service user groups. *BMJ*. 2008;337:848-51.
 9. Centeno C, Ballesteros M, Carrasco JM, Arantzamendi M. Does palliative care education matter to medical students? The experience of attending an undergraduate course in palliative care. *BMJ Support Palliat Care*. 2014. pii: bmjspcare-2014-000646. doi: 10.1136/bmjspcare-2014-000646. [Epub ahead of print].
 10. Ballesteros M, Centeno C, Arantzamendi M. A qualitative exploratory study of nursing students' assessment of the contribution of palliative care learning. *Nurse Educ Today*. 2014;34:e1-6.
- Paula Iribarren Albisu-Irribé^{a,*}, Claudio Calvo Espinós^b y Estefanía Ruiz de Gaona Lana^c
- ^a Unidad de Reanimación Postanestésica, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España
^b Servicio de Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios, Pamplona, Navarra, España
^c Servicio de Hematología y Hemoterapia, Fundación Hospital Calahorra Calahorra, La Rioja, España
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: p85vt@hotmail.com
 (P. Iribarren Albisu-Irribé).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2015.11.001>
 1134-248X/
 © 2016 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Qué fármacos se pueden retirar en el enfermo avanzado?



What drugs can be withdrawn in advanced patients?

Sr. Director:

No es fácil retirarle tratamientos al enfermo crónico, incluso cuando hay dudas sobre su eficacia¹. En concreto, es frecuente que en enfermos con cáncer avanzado se mantengan fármacos, como las estatinas², dirigidos a prevenir problemas cardiovasculares a medio y largo plazo³. Un ensayo reciente con distribución aleatoria compara el efecto de mantener y de retirar estas estatinas en enfermos avanzados (cerca del 50%, oncológicos) con expectativa de supervivencia inferior al año⁴. Llama la atención que casi uno de cada 4 pacientes elegibles rechazó participar en el estudio, tal vez por miedo a tener que dejar las estatinas... De los 381 que entraron, 221 (58%) habían padecido algún problema cardiovascular. No se encontraron diferencias relevantes en eventos cardiovasculares (11 en 192 pacientes con estatinas, 13 en 189 sin estatinas; $p=0,64$), fallecimientos en los 2 primeros meses (39 con estatinas, 45 sin estatinas; $p=0,36$) ni en supervivencia (mediana: 190 días con estatinas, 229 días sin estatinas; $p=0,60$). La puntuación media en calidad de vida (cuestionario de McGill; rango: 0-10), fue discretamente mejor sin estatinas (7,11 vs. 6,85; $p=0,04$), sobre todo en los perfiles de apoyo y bienestar. Además, en los enfermos sin estatinas se redujo discretamente (de 11 a 10; $p=0,03$) la ingesta media diaria de

otros fármacos. Los autores estiman que retirar las estatinas supone un ahorro por paciente cercano a 600\$ (más de 500€).

Este estudio aporta evidencia para afirmar que hay fármacos (indicados para prevenir problemas a largo plazo) que se pueden retirar en enfermos con pronóstico limitado⁵, que esta retirada es segura y que puede mejorar la calidad de vida. En resumen, sugiere que no tiene sentido crear molestias, iatrogenia y gasto para prevenir complicaciones que se proyectan en el tiempo en pacientes en quienes se prevé que este tiempo va a ser muy limitado. Y genera, además, nuevas hipótesis: ¿se podrían extrapolar los resultados a otros fármacos, como la aspirina⁶ o los dicumarínicos (Sintrom®)⁷, que previenen también problemas a largo plazo pero con un impacto estimado en supervivencia inferior al 1% anual⁸?, ¿es conveniente buscar un control estricto de problemas crónicos, como hipertensión o diabetes, para reducir la incidencia de complicaciones a medio y largo plazo? o, también, ¿tendría esta actitud un impacto real en la racionalización del gasto sanitario? En relación con el gasto, el precio por mes de tratamiento con estatinas oscila entre 1,58€ (simvastatina 20 mg)⁹ y 28,54€ (pitavastatina 2 mg)¹⁰. Si este gasto se proyecta a una expectativa media de supervivencia de unos 6 meses, el ahorro que supondría la retirada de estatinas en cada paciente con cáncer avanzado se situaría entre 9,48€ y 171,24€ (menor del que presenta el estudio). Nuestra experiencia es que 12 (24%) de los últimos 50 pacientes con cáncer avanzado (no curables) atendidos en nuestra consulta estaban en tratamiento con estatinas y, si nos ceñimos a los 32 con pronóstico inferior al año, fueron 9 (28%) los que las recibían. Si se acepta esta estimación de que uno de cada 4 enfermos con